

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N° 107

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marie TRAVERSON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Grossesses Extra-Utérines

aux environs du terme avec enfant vivant

Président : M. PAUL BAR, professeur

PARIS

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1917

107

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THESE

1878

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marie TRAVERSON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Grossesses Extra-Utérines

aux environs du terme avec enfant vivant



Président : M. PAUL BAR, professeur

PARIS

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
Clinique médicale	ROGER
Maladies des enfants	DEBOVE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LANDOUZY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GILBERT
Clinique des maladies du système nerveux	CHAUFFARD
Clinique chirurgicale	HUTINEL
Clinique ophtalmologique	GILBERT BALLE
Clinique des maladies des voies urinaires	GAUCHER
Clinique d'accouchements	DEJERINE
Clinique gynécologique	DELBET
Clinique chirurgicale infantile	QUENU
Clinique thérapeutique	N.
Hygiène clinique de la première enfance	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN
	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance pour leur inépuisable bonté.

A MES GRAND'MÈRES

En témoignage de l'affection vive que j'ai pour elles.

A MON FRÈRE ET A MES SCEURS

Souvenir affectueux.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Grossesses Extra-Utérines

aux environs du terme avec enfant vivant

AVANT-PROPOS

Au cours de nos années d'études, nous n'avons guère l'occasion de témoigner à nos maîtres le respect et la reconnaissance que nous leur devons, l'affection que nous avons pour eux. Aujourd'hui nous aimons à remplir ce devoir près de ces maîtres bienveillants.

Nous sentons que nous leur sommes redevable de ce que nous possédons en fait d'instruction et d'éducation médicale.

Que de fois, au sortir des leçons auxquelles nous venions d'assister, nous nous sommes félicitée d'être l'élève de tels maîtres.

Dans les différents services dans lesquels nous avons accompli notre stage hospitalier, nous n'avons trouvé que bienveillance et désir de nous être utiles ; nous avions le sentiment que le maître était aussi

heureux de nous donner son savoir que nous étions heureux d'en acquérir quelque chose. Nous garderons de nos années d'études un souvenir impérissable.

Nous devons aussi nos remerciements à tous ceux dont nous avons suivi les leçons, tant à l'Ecole de médecine de Nantes que dans les hôpitaux :

A M. le professeur U. Monnier, dans le service duquel nous avons passé notre premier semestre de stage.

A M. le professeur Poisson, dont nous fûmes l'externe.

A M. le Dr Rivet, dont nous avons l'honneur d'être l'interne depuis août 1914, et qui nous a toujours aidé de ses sages avis.

A M. le Dr Mahot, dont nous sommes l'interne, et qui s'est toujours montré envers nous d'une sollicitude toute paternelle.

A M. le professeur Guillemet, dont nous sommes l'interne depuis le début de la guerre. C'est dans son service que nous avons acquis le meilleur de nos connaissances obstétricales, et nous tenons à lui exprimer notre reconnaissance pour la sollicitude qu'il nous a toujours montrée.

A M. le professeur Vignard qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui, depuis notre stage, 1912-1913, nous a toujours si bien accueillie dans son service.

A M. le professeur Dianoux ; c'est un honneur pour nous d'avoir été son élève et d'avoir appris

d'un tel maître la pratique courante de l'ophtalmologie.

Nous n'aurons garde d'oublier nos maîtres, Messieurs les professeurs de l'Ecole de médecine de Nantes, Messieurs les médecins et chirurgiens des Hôpitaux.

Nous les prions de recevoir ici l'assurance de notre profonde reconnaissance pour leurs savantes leçons et leurs bienveillants conseils.

Nous prions M. le professeur Bar d'agréer nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, pour l'accueil qu'il a bien voulu nous réserver dans son service à la clinique Tarnier et pour les observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

INTRODUCTION

Parmi les cas se rapportant à la fois à la gynécologie et à l'obstétrique qu'il nous a été donné d'observer pendant le cours de nos études à l'Hôtel-Dieu de Nantes, un des plus intéressants est celui dont nous donnons l'observation dans cette thèse : grossesse extra-utérine de sept mois et demi avec enfant vivant.

Nous regrettons de ne pouvoir fournir qu'une observation personnelle, mais nous devons à l'obligeance de M. le professeur Bar, de pouvoir publier des observations inédites qu'il nous a autorisée à prendre dans son service à la clinique Tarnier.

Elles nous ont paru intéressantes à deux points de vue surtout : la possibilité pour une grossesse extra-utérine d'arriver à terme ; la possibilité dans ces conditions d'avoir un enfant vivant, à condition d'intervenir à temps.

Malheureusement, ces enfants développés en dehors de l'utérus, sans la protection que leur assure la musculature de cet organe, sont soumis souvent à des compressions telles, qu'il en résulte des attitudes vicieuses, parfois multiples, et souvent impossibles à corriger.

ETIOLOGIE

Nous étudierons successivement les renseignements fournis par les auteurs et concernant les antécédents héréditaires, l'âge, les antécédents puerpéraux et pathologiques des malades.

Nous aurions pu voir quelles sont les conditions qui permettent à une grossesse ectopique de se développer jusqu'aux environs du terme sans que la vie du fœtus soit compromise ; mais pour cela il est nécessaire de connaître les variétés anatomiques des grossesses extra-utérines, c'est pourquoi nous préférons traiter cette partie au chapitre de l'évolution.

Les grossesses extra-utérines, dans leur ensemble, considérées autrefois comme rares, nous apparaissent maintenant plus fréquentes.

Les progrès de l'investigation gynécologique permettant de les diagnostiquer plus sûrement que jadis, l'intervention chirurgicale plus fréquente et plus facile, en ont mis à jour un grand nombre qui auraient pu passer inaperçues. L'étude histologique systématique des hématosalpinx et des kystes hématisques a démontré d'une façon indiscutable la fréquence des grossesses extra-utérines. Alors que, en

1888, les statistiques de Karl Braün et de Späth, de Vienne, donnent une proportion de 5 cas sur 60.000 grossesses, en sept ans; celles de Fasola 5 sur 1565, de Toth 31 sur 1.700, actuellement les publications périodiques, les compte rendus des sociétés savantes et étrangères, rapportent un tel nombre de faits nouveaux que cette proportion paraît très inférieure à la réalité.

Hérédité. — Profession

Les observations sont très souvent incomplètes sur ce point et ces renseignements seraient cependant intéressants à connaître : les grossesses ectopiques devant, d'après certains auteurs, s'expliquer par les théories ataviques. Henault voudrait qu'on tint compte de certaines causes sociales et du travail de la femme. Prunet pense qu'il serait intéressant de savoir si certaines catégories de femmes n'en sont pas plus atteintes que d'autres et croit que de ces renseignements on pourrait tirer des données pratiques.

Age. — Parité

Faut-il prendre en considération l'âge des malades et la multiparité ?

Dans une statistique de Jayle, sur 24 malades 3 avaient moins de trente ans, 14 avaient de trente à quarante ans et 5 de quarante à quarante deux ans.

	20 à 25 ans	25 à 30 ans	30 à 40 ans	Plus de 40 ans	Nombre de cas
Jacobs note....	8	19	53	2	82
Negebauuer....	5	3	16	2	36
Albertin et Des- gouttes.....	12	20	41	2	80

Les malades dont il est question dans nos observations avaient vingt-cinq, trente-sept et trente-neuf ans.

Dans les autres cas dont nous avons pu recueillir l'observation l'âge moyen était de trente et un ans alors que Bruel donne comme âge moyen trente-deux ans.

Quant à la parité tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la plupart des malades sont des multipares. C'est le cas de deux de nos malades, l'une étant à sa troisième grossesse, l'autre à sa sixième grossesse. Il en est de même dans la plupart des cas que nous avons relevés, ce qui semble indiquer une disposition acquise bien plus que congénitale, l'organe ayant dû alors fonctionner anormalement une première fois. Et ce n'est souvent pas un, mais plusieurs accouchements antérieurs qui sont notés. Généralement il s'écoule entre la grossesse extra-utérine et le dernier accouchement un temps assez long.

Les dernières statistiques donnent :

	Quelques mois	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	Plus de 4 ans	Nombre de cas
Filhoulard .	2	6	8	1	4	11	32
Wassmer...	4	6	9	4	5	6	48
Bruehl.....		1	1		4	12	18

Filhoulard en donne l'explication suivante : « Il se produit à l'occasion de la dernière grossesse une infection utero-annexielle assez légère pour passer inaperçue mais qui a altéré cependant la trompe ou l'ovaire d'une façon suffisante pour amener une stérilité temporaire d'abord, une greffe anormale de l'œuf ensuite. »

Notre troisième malade est une primipare, mais elle a trente-neuf ans, ce qui est souvent le cas chez les femmes dont la grossesse ectopique s'est développée avant toute grossesse normale.

Antécédents pathologiques

On a incriminé les malformations congénitales de la trompe : hypoplasie, torsion, sinuosités, atrésies. Ce facteur étiologique est difficile à apprécier : l'examen des pièces dilacérées, modifiées, ne peut donner de résultats appréciables. D'autre part Hohne a montré que les sinuosités, les courbures de la trompe ne sont pas un obstacle infranchissable à la migration de l'ovule : les injections faites passent avec la plus grande facilité. Cependant ces sinuosités peuvent favoriser l'arrêt de l'ovule dans sa migration.

Les polypes, les tumeurs de la trompe, les néoplasmes pelviens qui la compriment peuvent jouer un rôle en diminuant le calibre de la lumière tubaire; c'est de cette façon aussi qu'agissent les brides provenant d'une inflammation pelvienne : elles coudent l'organe, rendent son trajet sinueux et plus difficilement franchissable.

L'importance de la blennorrhagie dans ses manifestations de métrite et de salpingo-ovarite est fort diversement appréciée. Lawson-Tait lui faisait jouer un rôle capital et croyait qu'elle agissait surtout en faisant disparaître les cils de l'épithélium tubaire, agents de progression de l'ovule dans l'intérieur de la trompe. La cause en serait l'endo-salpingite légère, les lésions graves de la muqueuse tubaire ne permettant pas l'implantation de l'œuf mieux que les lésions accentuées de métrite.

Pagny à la suite de sérieuses recherches histologiques montrant que l'œuf se fixait souvent sur une muqueuse tubaire saine, a mis en doute ce rôle de l'endo-salpingite. Il n'en reste pas moins que la salpingite antérieure est notée dans un grand nombre des cas de grossesses extra-utérines et qu'elle joue un rôle prédisposant qui n'est pas négligeable. Peut être agit-elle surtout en créant des diverticules anormaux comme l'ont soutenu avec pièces à l'appui Hohne, Micholitsch, Lecène.

D'après Jacobs on rencontrerait la gonorrhée dans les deux tiers des cas. Pour Baculescu on ne compterait que 9,5 0/0.

Dans nos observations personnelles nous ne relevons pas d'antécédents gonococciques. Dans les autres observations nous notons un tiers des cas avec vaginite, métrite ou salpingo-ovarite gonococcique.

Assez fréquemment on relève dans les observations des troubles menstruels : aménorrhée transitoire, dysménorrhée, règles douloureuses.

Souvent il s'agit de malades réglées tardivement, anomalie génitale qui peut être notée comme prédisposition.

Parmi les causes rares de grossesse ectopique on signale les modifications provenant d'opérations antérieures : Liell et Vesenberg des grossesses ectopiques récidivantes après ventro-fixation pour rétro-déviation et opération plastique sur la trompe. Vineberg une grossesse extra-utérine dans un moignon de trompe persistant après salpingectomie Watkins et Wesley-Bogé rapportent des observations non moins démonstratives.

Par contre les avortements et les accidents puerpéraux semblent s'observer souvent dans les antécédents des grossesses extra-utérines. Baculescu en compte 26 sur 56 cas et dans nombre des observations, alors que les antécédents sont étudiés avec quelques détails, nous relevons aussi l'avortement. Dans le même ordre d'idées nous trouvons aussi des observations d'infections puerpérales, suivies ou non de curettage, et secondaires soit à un avortement, soit à un accouchement à terme. Mais c'est surtout, comme nous le faisons remarquer pour la gonococ-

cie. l'infection utéro-annexielle d'origine puerpérale légère, passant inaperçue, que l'on doit incriminer.

Les maladies générales ne semblent pas jouer un rôle appréciable dans l'étiologie. C'est à peine si la syphilis est notée dans deux ou trois observations.

Enfin il est des cas où l'examen le plus sérieux n'a pu révéler aucun antécédent génital ou pathologique général. Ces observations concernent presque toutes des femmes d'un âge assez avancé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On distingue trois variétés de grossesse extra utérine : la grossesse tubaire, la grossesse ovarienne et la grossesse abdominale.

La grossesse tubaire est de beaucoup la plus fréquente. Schrenk qui en donne une proportion de 83,5 o/o admet une proportion de grossesses abdominales de 8,2 o/o ; or, il est démontré que la plupart des grossesses abdominales sont secondaires à une grossesse tubaire et qu'elles ne sont qu'exceptionnellement primitives. De même les grossesses ovariennes ne sont le plus souvent que des grossesses tubaires dans lesquelles l'œuf est sorti de la trompe et a contracté secondairement des adhérences avec l'ovaire.

D'après le siège de l'insertion de l'œuf dans la trompe on distingue trois variétés de grossesse tubaire : ampullaire, isthmique et interstitielle. Mentionnons quelques cas signalés de grossesses infundibulaires, développées dans le pavillon.

La variété la plus fréquente est certainement la grossesse ampullaire ; c'est aussi la plus typique au point de vue des conditions de la greffe de l'œuf et de

son développement. Sur les 57 cas de Martin 57 étaient ampullaires; Couvelaire en compte 28 sur 35. C'est une dilatation kystique de la cavité de la trompe reliée à l'utérus par un pédicule constitué par la portion isthmique de la trompe. L'œuf ne s'insère sur la muqueuse tubaire que par un point très limité et fait librement saillie dans la cavité de la trompe par son pôle opposé. Cette trompe reste normale et le sac ovulaire n'est pas séparé de la trompe par une caduque réfléchie comme dans l'utérus mais seulement par un stroma fibrineux continuant celui qui entoure l'œuf et que Couvelaire appelle « la capsule externe de l'œuf ». Au niveau de l'insertion de l'œuf l'épithélium tubaire disparaît précocement; la paroi de la trompe est séparée des espaces intervillositaires par la capsule externe de l'œuf. La limite précise entre les deux feuillets n'existe pas, la paroi de la trompe est progressivement envahie par les éléments cellulaires de la capsule sans présenter, comme dans l'utérus, une réaction déciduale.

Cette paroi tubaire est en général amincie; cependant quand l'insertion a lieu au niveau du mésosalpinx la paroi est renforcée par les fibres musculaires de ce méso et on note alors l'hypertrophie pariétale. Dans ce cas la structure histologique est modifiée et l'augmentation du nombre des vaisseaux, leur dilatation avec hémorragies interstitielles tendent à diminuer l'élasticité de la paroi.

C'est aussi quand l'insertion a lieu à ce niveau

que le sac foetal se développe entre les deux feuillets du ligament large et s'enclave dans le pelvis refoulant l'utérus du côté opposé à la tumeur. En général cette évolution n'est que partielle et se fait dans la partie la plus externe, tubo-ovarique moyen de l'aileron du ligament large.

C'est tout à fait le cas de la grossesse ectopique, sujet de notre première observation. Le développement s'est fait, après la rupture de la trompe, dans l'épaisseur du ligament large, mais les nombreuses adhérences à l'intestin, à l'épiploon, à la paroi, prouvent que l'évolution s'est continuée aussi abdominalement.

La grossesse isthmique est tellement moins fréquente que Webster n'en parle pas. Cependant Martin en cite 8 cas sur 77 et Couvelaire 7 sur 55.

La grossesse de la portion intra-utérine de la trompe est rare. Lawson-Tait en comptait 1 cas sur 10 et Rooswinkel, jusqu'en 1897, n'avait noté que 16 cas avérés. Dans ces dernières années le nombre de cas connus s'est considérablement augmenté, grâce surtout aux travaux de Glæsner, de Lequeux et de Greyffié de Bellecombe.

L'œuf peut dilater l'ostium utérinum, pousser son expansion dans l'utérus en conservant son insertion dans la trompe : c'est la grossesse tubo-utérine. Il peut évoluer vers la cavité de la trompe, c'est la grossesse tubo-interstitielle. Enfin il peut se développer tout entier dans la portion interstitielle : c'est la grossesse intramurale de Wœrth.

L'évolution peut se faire soit dans le canal lui-même soit en plein muscle utérin, dans la musculature de la paroi antérieure ou du fond de l'utérus. Généralement le ligament rond s'insère en avant et en dehors du sac fœtal qui coiffe et déforme la corne utérine.

La grossesse infundibulaire se développe primitivement sur l'une des franges et évolue dans l'entonnoir formé par le pavillon (Baculescu, Zweifel, Martin). C'est à son histoire que se rattache celle, assez mal connue, des grossesses qui se développent dans des pavillons accessoires citées par Heurotin et Herzog, Demon et Fieux, Walthard, Zovrisch.

C'est seulement en 1899 que Tussenbrock donna une description minutieuse et incontestable d'une grossesse ovarienne. Auparavant elle était contestée par Lawson Tait, Webster, Bland-Sutton; mais depuis cette époque les observations se sont multipliées. Souvent le diagnostic de grossesse ovarienne n'est pas fondé sur des arguments anatomiques suffisants et comme nous le faisons remarquer précédemment, nombreux sont les cas étiquetés « grossesse ovarienne » et qui ne sont que des grossesses tubaires ayant contracté secondairement des adhérences avec l'ovaire. Pour affirmer le siège primitif de l'implantation ovarienne il faut, comme le disait Lea :

1° Que le kyste fœtal soit entouré de tous côtés par le tissu ovarien ;

2° Que le sac fœtal occupe la place de l'ovaire et soit relié à l'utérus par le ligament ovarien ;

3° Que des coupes histologiques sériees montrent l'intégrité complète de la trompe,excluant toute possibilité d'implantation tubaire primitive ; cette dernière constatation étant certainement la plus importante.

L'œuf peut évoluer dans la cavité folliculaire, l'ovule étant fécondé avant sa sortie de la vésicule de Graaf ; ceci est prouvé par les observations qui rapportent qu'on a trouvé des cellules à lutéine dans les parois du kyste foetal.

L'œuf peut aussi être fécondé à sa sortie du follicule à la surface de l'ovaire ; c'est alors qu'il pénétrera dans le tissu ovarien et se logera dans le stroma en un point plus ou moins éloigné de son follicule transformé en corps jaune. Les vaisseaux se multiplient et se dilatent autour de lui et il en résulte, comme dans l'implantation utérine, une suffusion sanguine considérable.

On dit qu'il y a grossesse abdominale quand l'œuf se fixe et se développe dans la cavité abdominale. L'implantation peut se faire sur des points très divers du péritoine pelvien ; c'est le cas général mais on a pu l'observer aussi sur des points très éloignés : dans 1 cas de Seligmann elle se faisait sur la vésicule biliaire et dans la région lombaire dans 1 cas de Lane.

Mais ces grossesses sont rarement primitives, plus souvent elles sont secondaires soit à une rupture tubaire, soit à un avortement, passés cliniquement

inaperçus. Les grossesses données comme primitivement abdominales sont rares, et plus rares encore sont les cas incontestables. Pour que cette origine soit prouvée, il faut que l'œuf n'ait aucun rapport avec les organes génitaux et, comme pour la grossesse ovarienne, qu'une étude histologique des trompes prouve leur complète intégrité.

Ceci s'est pourtant produit et certains cas nous semblent incontestables : ceux de Hammacher, de Rosner, de Lane, de Richer et de Czyzewicz.

Quoiqu'il en soit, que la grossesse abdominale soit primitive ou secondaire, l'œuf s'entoure d'une coque très épaisse et qui adhère fortement aux organes voisins : intestin, épiploon. Ces adhérences rendent toujours l'intervention difficile et par leur résistance et par les hémorragies qu'elles occasionnent ; elles sont en effet très fortement vascularisées.

Ceci dit, quelles sont les implantations extra-utérines de l'œuf qui lui permettront le plus facilement d'arriver à terme ? La grossesse ovarienne, la grossesse péritonéale primitives puisque rien dans ce cas ne limite l'augmentation de volume du sac fœtal.

La grossesse ampullaire est généralement interrompue de bonne heure, le plus souvent par rupture. A-t-on affaire à un avortement tubaire ? L'évolution devient celle de la grossesse abdominale. Il en est de même dans les grossesses isthmique et infundibulaire.

Quant à la grossesse interstitielle ce n'est que quand la greffe seule est tubaire mais que l'évolution tout entière est utérine que le fœtus peut atteindre

un développement avancé et dans ce cas la grossesse est difficilement différenciée d'une grossesse normale.

SYMPTOMATOLOGIE

Elle est très différente suivant qu'on s'adresse à une grossesse avant le cinquième mois ou à une grossesse ayant dépassé cette époque. A ce moment les signes de certitude existent, mais il est habituel que l'évolution de cette grossesse s'accompagne de phénomènes pathologiques.

Sans entrer dans la description des symptômes généraux, nous nous bornerons à indiquer les particularités spéciales qui indiquent la présence d'un produit de conception vivant.

Comme troubles fonctionnels on note des douleurs, des pertes sanguines, l'expulsion de la caduque.

On peut observer des crises douloureuses avec fièvre et accélération du pouls qui sont dues à des poussées de péritonite partielle, mais ces crises sont moins fréquentes que dans la période de début. On peut rencontrer des cas où l'hyperesthésie cutanée est telle que la femme peut à peine supporter sur le ventre le poids des couvertures ; enfin ce sont parfois les mouvements du fœtus qui provoquent des douleurs intolérables.

Les pertes de sang peuvent faire complètement

défaut ; si elles existent elles sont rares, peu abondantes et ne présentent pas grande ténacité.

Mais ce qui caractérise le mieux la réaction vitale de l'utérus, c'est la production de la caduque. Cette caduque peut-être expulsée, soit dans les premiers mois, soit près du terme au moment du faux travail. Elle peut même ne pas l'être du tout. Pendant la grossesse extra-utérine l'utérus est tout entier hypertrophié et la caduque n'est autre chose que la muqueuse qui participe elle aussi à cette hypertrophie.

On a beaucoup discuté sur la valeur de l'expulsion de la caduque au point de vue de l'évolution de la grossesse. Il semble prouvé aujourd'hui qu'il n'y a point corrélation entre les deux et que l'expulsion de la caduque n'entraîne point la mort du fœtus. Souvent lorsqu'elle a lieu pendant les premiers mois et qu'elle est accompagnée de pertes sanguines elle a fait porter le diagnostic d'avortement. L'examen histologique de la membrane expulsée montrera qu'elle est constituée par la muqueuse utérine hypertrophiée et ayant subi les modifications de la grossesse.

Les signes physiques que l'on observe lorsque l'enfant est vivant diffèrent peu de ceux notés dans la grossesse normale.

Les mouvements du fœtus sont toujours nettement sentis par la mère ; plusieurs observateurs ont remarqué que les multipares disaient les mieux sentir que dans leurs grossesses antérieures.

L'auscultation permet d'affirmer que l'enfant est vivant mais n'apprend rien sur le siège de la grossesse. Le souffle utérin sera perceptible de la même façon ; on a prétendu que ce souffle, comme les bruits du cœur, étaient plus nettement entendus puisque leurs foyers n'étaient pas séparés de la paroi par l'épaisseur du muscle utérin ; mais ce sont là des questions de nuances et que seule une oreille très exercée pourrait espérer apprécier.

A l'inspection on note d'abord l'irrégularité du ventre. Les reliefs sont différents de ce qu'ils sont dans une grossesse normale. Ce n'est plus la tumeur régulière, ayant refoulé les intestins à droite ou à gauche, ayant son grand axe longitudinal incliné ; c'est une tumeur de forme insolite, ne paraissant pas en rapport avec le développement physiologique d'un organe. Le ventre est plus large et parfois on voit une seconde tumeur, beaucoup plus petite et constituée par l'utérus ; si la vessie est pleine c'est une troisième tumeur dont on voit se dessiner le relief.

La palpation de l'abdomen fournit des renseignements importants et souvent fort appréciables pour éclairer la diagnostic. On sent généralement une grosse tumeur, de forme variable et dont la mobilité est très variable aussi. Elle peut être fixée dans le bassin et même complètement immobilisée par des adhérences à tous les organes voisins et aux parois. C'est là un des bons signes de la grossesse ectopique car les kystes de l'ovaire, les fibromes, pour peu mobiles qu'ils soient, conservent toujours la faculté

d'être légèrement mis en mouvement par la main d'un aide, mouvement qu'apprécie l'observateur par un toucher vaginal.

D'autre part, la mobilité de l'utérus gravide est caractéristique ; du reste on devra se rendre compte par le palper et le toucher combinés des relations de l'utérus avec la tumeur.

Quand le kyste n'est pas trop tendu on peut même percevoir les parties fœtales, certains observateurs ont même dit plus facilement, comme nous le disions pour l'auscultation. D'autres auteurs n'ont jamais été frappés de cette particularité et rappellent du reste que, dans le kyste fœtal ectopique, on peut avoir hydramnios comme dans la grossesse intra-utérine. Doléris signale cette hypertension comme fréquente au moment du retour de la période menstruelle après la mort du fœtus. Bien rares sont les cas où le fœtus est libre et flottant dans l'abdomen ; il est alors au milieu des intestins.

Le palper permet de reconnaître, le plus souvent au-dessus de la symphyse, une petite tumeur qui n'est autre que l'utérus hypertrophié. On doit toujours le rechercher et on le trouvera presque toujours quand l'enfant est vivant. Les contractions qu'on perçoit parfois à ce niveau permettent d'affirmer que c'est bien l'utérus qu'on reconnaît. L'hystérométrie pratiquée décèle une cavité agrandie et mesurant de 12 à 15 centimètres. De plus on peut sentir en explorant avec la main la paroi abdominale un frémissement analogue à celui que l'on perçoit parfois

au niveau de la région iliaque dans la grossesse normale.

Au toucher on sent un col ramolli comme dans une grossesse normale et d'une perméabilité telle qu'elle permet facilement l'exploration digitale. La situation, dans la plus grande majorité des cas, est la suivante : on le trouve en avant, en haut, vers le pubis ou dévié à gauche ou à droite de celui-ci, en rapport avec la position de latéralité que l'utérus est obligé de prendre par suite de la pression et de la déviation exercée sur lui par la tumeur ; quelquefois il est inaccessible et empêche le cathétérisme utérin.

Quand à la tumeur elle plonge plus ou moins dans l'excavation et sa consistance est inégale. Tantôt elle est lisse comme le segment inférieur lui-même, tantôt elle est bosselée. L'engagement, la forme, la consistance sont en rapport avec la variété de grossesse ectopique, l'attitude du fœtus, le point d'insertion du placenta. Donc, alors que tantôt on sent une tumeur lisse, régulière, profondément engagée, à paroi mince, permettant de sentir une partie fœtale, tantôt aussi on trouve une paroi irrégulière, de consistance inégale dont l'épaisseur est telle qu'il est impossible de sentir une partie fœtale ; souvent ceci est dû à l'insertion du placenta qui se trouve entre le fœtus et le doigt explorateur.

En combinant le palper au toucher on retrouve l'utérus, toujours dévié à droite ou à gauche, du côté opposé à la tumeur.

On peut avoir recours à une exploration que conseillait le professeur Tarnier, que l'enfant soit mort ou vivant, non seulement dans les cas difficiles, mais chaque fois que cela est possible, c'est le cathétérisme utérin digital.

On peut aussi avoir recours au cathétérisme instrumental, mais ce sont là deux procédés si discutés à cause de l'influence néfaste qu'ils peuvent avoir, qu'on ne peut que se contenter de les indiquer sans les conseiller.

Enfin la symptomatologie est augmentée si l'on est consulté au moment du faux travail. Il est bien entendu que l'intervention doit alors être immédiate, la vie de l'enfant courant alors les plus grands risques.

Les douleurs rappellent absolument celles de l'accouchement et se présentent comme elles avec périodicité ; parfois même elles ont le caractère expulsif, avec irradiations dans les reins et le bas-ventre. Il n'est pas rare de constater en même temps une perte de sang et même l'expulsion de la caduque, mais ces deux phénomènes peuvent faire complètement défaut.

Le col ne subit à ce moment aucune modification, ni effacement, ni dilatation.

Les douleurs au lieu de correspondre à des contractions de la tumeur abdominale coïncident avec des contractions de la petite tumeur latérale, l'utérus.

Enfin tout rentre dans l'ordre, sans que le travail ait amené aucun résultat.

A ce moment il peut se produire une poussée lai-

teuse plus ou moins intense, mais qui n'existe pas toujours.

Tels sont les symptômes de la grossesse extra-utérine à terme ou aux environs du terme ; on ne saurait trop recommander de se reporter aux phénomènes qui se passent dans la première période et qui montrent que la grossesse débute d'une façon anormale ; c'est une aide appréciable pour le diagnostic.

DIAGNOSTIC

C'est la présence d'une tumeur juxta-utérine avec des symptômes de grossesse qui permet de penser à une grossesse extra-utérine. On conçoit que si un de ces deux éléments passe inaperçu ou est masqué par d'autres symptômes, de multiples erreurs seront possibles.

Il faut s'attacher à reconnaître les limites exactes de l'utérus et les connexions qu'il présente avec la tumeur pelvienne. C'est avec soin, et au besoin sous anesthésie qu'il faut pratiquer le palper combiné avec le toucher vaginal et rectal. Cet examen doit toujours être fait avec le plus grand soin, les plus grands ménagements, dans la crainte d'une rupture, d'une hémorragie toujours possibles.

Il faut que l'interrogatoire, minutieusement conduit, précède l'examen.

Deux erreurs sont possibles : méconnaître une grossesse ectopique ; prendre une grossesse normale pour une grossesse extra-utérine.

Cependant, les difficultés nombreuses de la période de début sont simplifiées par l'évolution de la grossesse et, dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire

aux environs du terme, le diagnostic est plus facile. Il existe des symptômes qui permettent d'affirmer que la femme est enceinte et que le fœtus est vivant.

Le diagnostic se résume alors en ceci : la grossesse est-elle utérine ou extra-utérine ?

M. Lepage, dans une séance de la Société d'Obstétrique, insista sur plusieurs cas de grossesse normale pris pour des grossesses ectopiques, erreur provenant d'une mauvaise interprétation des renseignements fournis par les malades sur l'évolution de leur grossesse.

Il est bien entendu qu'on doit réserver une large part aux commémoratifs et que les phénomènes de début et les troubles fonctionnels qui accompagnent cette grossesse anormale (principalement douleurs et pertes de sang) doivent être étudiés avec soin.

Cependant la grossesse ectopique peut, par ses seuls signes physiques bien établis, se différencier de la grossesse normale.

Un point nécessaire à connaître c'est de savoir la consistance de l'utérus gravide. Celui-ci présente à la main exploratrice une sensation de résistance réelle qui diffère nettement de celle fournie par une tumeur fibreuse ou un kyste de l'ovaire.

À la palpation et à l'inspection de la tumeur on est frappé de son immobilité et de sa fixité dans l'abdomen ; souvent l'aspect extérieur et la forme du ventre seuls permettront de supposer que cette grossesse présente au moins quelque anomalie. Après un examen plus ou moins long, après des pal-

pations répétées, la sensibilité spéciale de l'utérus le fera se contracter et, par moments il durcira.

Le signe physique indiscutable qui permet d'affirmer le siège extra-utérin de la grossesse c'est la présence de l'utérus nettement différencié de la tumeur.

Le toucher combiné au palper permettra de reconnaître que l'utérus est repoussé du côté opposé à la tumeur ; que le col est en continuité avec lui et non avec cette tumeur ; que cette dernière est fixe, irrégulière, bien nettement latérale. La contraction, si elle existe, reste localisée à la petite tumeur, sans que la grosse éprouve de modifications dans sa consistance. Et pourtant certains cas restent fort difficiles : lorsqu'il y a hydramnios ; que le fœtus est mort ; qu'il y a coexistence d'un kyste de l'ovaire ; qu'une grossesse normale évolue en même temps que la grossesse ectopique.

Une manœuvre fort discutée c'est celle du toucher intra-utérin, prouvant la vacuité de la cavité. Pinard conseille le toucher digital en poussant le doigt aussi loin que possible, en s'aidant au besoin du sommeil chloroformique. Cette méthode est déconseillée par de nombreux auteurs qui l'accusent, ainsi que l'hystérométrie, d'être la cause de rupture ou d'avortement tubaire, comme dans un cas de Rieck.

Les dangers sont grands aussi, dans les cas douteux, de perforer les membranes d'un œuf à greffe utérine.

Bien que Zurhelle ait pu obtenir récemment un

résultat positif en appliquant la radiographie au diagnostic de la grossesse ectopique, ce moyen n'est possible que pour les grossesses avancées et est souvent infidèle. L'introduction d'une sonde métallique dans la cavité utérine n'est pas sans dangers (Edling) et ce moyen de repérage de la cavité n'est plus valable, quand la tumeur se trouve en avant ou en arrière de l'utérus. L'ombre de cette sonde confondue avec le squelette du fœtus rendra l'interprétation fort difficile.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine, plus que celui de toute autre affection, repose sur un grand nombre de faits et tout un ensemble de constatations, aussi un seul examen, pour approfondi qu'il soit, est-il absolument insuffisant.

Les examens répétés permettront aux signes différentiels de s'affirmer davantage et c'est pourquoi il est nécessaire d'insister sur la grande importance d'examens répétés à intervalles plus ou moins éloignés.

Reste à apprécier la variété de grossesse ectopique à laquelle on a affaire : c'est le plus souvent impossible. « Quant au diagnostic de la variété de grossesse ectopique il est impossible, dit Pozzi. » On croyait autrefois que toute grossesse extra-utérine qui dépassait le cinquième mois était par cela même abdominale. On sait aujourd'hui que la grossesse tubo-abdominale, la grossesse tubaire intra-ligamentaire ou sous péritonéo-pelvienne, la grossesse ovarique et tubo-ovarique peuvent évoluer jusqu'au terme. Dans la grossesse intra-ligamentaire la tumeur est généralement recouverte d'une coque

épaisse, tandis que dans les autres variétés les parties fœtales sont immédiatement perceptibles sous les parois de l'abdomen.

En effet, il n'existe aucun signe patognomonique de ces grossesses ; la symptomatologie, la marche ne sont pas toujours semblables et la superficiabilité des parties fœtales comparativement à la coque de l'évolution intra-ligamentaire, n'est pas un signe admis par tous les auteurs. Il faut se souvenir que la forme la plus fréquente est la grossesse tubaire ampullaire et savoir d'autre part que quand une grossesse ectopique a dépassé le cinquième mois il est exceptionnel qu'elle soit demeurée strictement intra-tubaire. L'œuf est sorti partiellement ou en totalité de la trompe, la grossesse est tubo-abdominale, tubo-ovarienne ou abdominale pure. La grossesse ovarienne, la grossesse abdominale primitives sont toujours des surprises d'opération ou d'autopsie et ne sauraient être affirmées qu'après étude histologique.

Un point en faveur de l'évolution intra-ligamentaire, c'est l'absence fréquente, dans ce cas, de phénomènes graves pendant toute la grossesse.

« Quand la rupture, dit Pozzi, au lieu de s'effectuer dans la cavité abdominale s'est produite dans l'épaisseur des ligaments larges, l'hémorragie reste limitée, les symptômes sont moins graves. »

C'est aussi l'avis de Jayle et Delherm et de Lemercier.

Le péritoine réagit sans doute dans ce cas comme

dans tous les cas de grossesse ectopique, mais avec beaucoup moins de violence. Les douleurs, les hémorragies existent mais sont moins importantes que lorsque la rupture tubaire a, par exemple, laissé un œuf libre dans le péritoine. Cependant au moment de la rupture ou de l'avortement on note toujours des symptômes graves mais l'état s'améliore assez rapidement et cela est dû à ce que le sac reste sous-péritonéal et non intra-péritonéal.

C'est ce qui s'est produit chez notre malade. La crise de février (deuxième mois de la grossesse) coïncidant avec la rupture tubaire a duré quinze jours environ : elle s'est manifestée par des hémorragies et des signes de péritonite (douleurs vives dans le ventre, vomissements). Mais bientôt la malade peut reprendre ses occupations ; les sensations de douleur dans le bas-ventre et les vomissements qu'elle accuse étaient si peu violents qu'ils ne l'ont jamais amenée à consulter avant la crise terminale.

Quant aux signes de la vie de l'enfant ils restent les mêmes que dans la grossesse normale (mouvements constatés, bruits du cœur) ; le commémoratif d'un faux travail donnant à penser que l'enfant a bien pu succomber à ce moment.

PRONOSTIC

Le pronostic doit comporter deux parties : l'une concernant la mère, l'autre le fœtus. Tous deux sont sérieux.

Le danger est infiniment moins grand cependant quand la grossesse a dépassé le cinquième mois.

Nous avons vu en effet que c'était avant cette époque que survenaient les deux grosses complications : avortement et rupture. Pourtant elles peuvent se produire après cette époque comme cela s'est fait chez les malades qui font l'objet de nos observations. Variées sont les causes qui les produisent mais les douleurs du faux travail sont certainement au premier rang.

Les difficultés opératoires ne rendent pas sans dangers l'ablation du kyste fœtal quand on s'adresse à la méthode de l'ablation totale ; la méthode de marsupialisation n'est pas elle-même sans faire courir de risques à la malade.

De plus on ne doit pas oublier que toute grossesse extra-utérine expose à la récurrence. Cette récurrence peut se faire dans la trompe du côté opposé mais

Vineberg et Morfitt ont signalé des cas où la récive s'est faite dans le moignon de la trompe enlevée.

Quand une grossesse utérine survient après une grossesse ectopique l'avortement est favorisé.

Enfin les difficultés opératoires font souvent qu'on est obligé de recourir à l'hystérectomie totale avec tous les désavantages d'une ménopause artificielle chez une femme jeune, ou tout au moins dont la vie génitale devait durer plusieurs années encore.

Pour sérieux que se montre le pronostic pour la mère il est bien plus grave encore pour le fœtus. Les dangers ne viennent plus alors de l'interruption prématurée de la grossesse, mais des conditions même du développement de cette grossesse.

La plupart des extra-utérins succombent peu de temps après leur naissance. Bien qu'on attende pour intervenir l'époque la plus rapprochée du terme probable il y a toujours un à peu-près.

On peut admettre aussi que le développement et la résistance du fœtus soient moins grands dans ce cas d'implantation anormale que quand la greffe est normale.

Quant aux bien constitués venant à terme, il n'y aurait pas de raisons pour qu'ils meurent plus que les intra-utérins.

Pourtant il est certain que dans nombre de cas leur développement physique et intellectuel est retardé ou entravé.

Enfin, fréquentes sont les malformations congénitales de ces enfants.

Les unes sont légères comme dans les observations suivantes :

Marchand : légère dépression du pariétal droit.

Stahlfeld : sub-luxation du poignet et des tibio-tarsiennes.

William : petites déformations craniennes :

Rein : légère asymétrie de la tête :

Taylor : déformation cranienne :

Martin : encéphalocèle occipitale :

D'autres sont sérieuses : Spaeth cite un enfant atteint de paralysie faciale, avec dépression au niveau de l'os iliaque et pied bot varus equin ; Frommel une encoche profonde du pariétal gauche et une contracture du sterno-mastoïdien.

L'enfant que nous avons nous-même observé présentait un aplatissement notable de la moitié droite de la tête ; une dépression assez accentuée de la région cervicale du même côté.

Le pied gauche présentait une forme atténuée de pied bot valgus. La main droite était en flexion extrême au niveau de l'articulation radio-carpienne, les doigts formant crochet au niveau de la phalange et leur extension était difficile.

Rares sont les cas comme ceux d'Adiarof et de Sittner où l'enfant bien constitué s'est développé normalement.

TRAITEMENT

Deux formules résument pour tous, chirurgiens et accoucheurs, le traitement de la grossesse extra-utérine.

« Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale », dit Pinard. Cette formule est peut-être plus exacte que l'autre, celle de Worth :

« Toute grossesse extra-utérine doit être considérée comme une tumeur maligne et traitée comme telle. »

Pourtant Cornil trouve que la grossesse qui est le type des phénomènes normaux d'accroissement quand elle évolue dans l'utérus, se conduit comme un néoplasme grave quand elle se développe dans un siège anormal.

Le traitement varie suivant qu'on a affaire à la grossesse au début ou à une période assez avancée.

Nous ne nous étendrons pas sur le traitement de la grossesse extra-utérine avant le cinquième mois qui, pour tous, se résume dans cette formule. « Intervention immédiate aussitôt le diagnostic posé, laparotomie ».

Après le cinquième mois 3 cas peuvent se présenter : le fœtus est mort depuis longtemps ; le fœtus est mort récemment ; le fœtus est vivant. C'est seulement ce dernier cas que nous envisagerons.

Il est bien évident que le désir du chirurgien est toujours de conserver la vie de la mère et de sauver celle de l'enfant ; cependant certains ont pensé surtout à sauver la mère sans s'occuper du sort du fœtus.

Heller, résumant les opinions des auteurs de son temps, nous montre Sabatier, Siébold et Gerdy se rangeant à cet avis, tandis que Lerret, Baudelocque, Velpeau, Gardien, Kirvich, Kœberlé, Cazeaux, Depaul, Stoltz, Nœgelé cherchent à intervenir pour avoir un enfant vivant.

Maygrier, dans sa thèse d'agrégation, s'exprime ainsi : « Quelque triste qu'il soit de renoncer à sauver un enfant, le salut de la mère doit passer avant tout et s'il est avéré que la laparotomie après la mort du fœtus fait courir moins de risques à la femme, il nous semble impossible de ne pas prendre ce fait en sérieuse considération ».

Aujourd'hui la question semble tranchée et l'opinion admise c'est qu'on peut attendre que le fœtus soit viable à condition que le retard dans l'intervention ne soit pas nuisible à la vie de la mère.

C'est l'expectation armée qui doit être la règle. Après le cinquième mois les complications sont moins fréquentes ; les avortements et ruptures deviennent rares, exceptionnels après le sixième mois ;

la temporisation permet d'avoir un enfant vivant et viable. Mais le chirurgien doit se tenir prêt à intervenir soit pour une menace de rupture, possible bien qu'improbable, soit à cause de l'altération de la santé de la mère.

Reste à fixer le moment de l'intervention. Pour faire, comme le veulent Pinard et Rein, de la chirurgie absolument conservatrice, il faut se rapprocher le plus possible du terme présumé de la grossesse. Les dangers courus par la mère ne sont pas plus grands au neuvième qu'au sixième mois. Le moment de choix est celui où l'enfant extrait pourra vivre comme un prématuré, à l'aide de soins spéciaux, c'est-à-dire entre huit mois et huit mois et demi. C'est aussi l'opinion de Frænkel. Lawson-Tait attendait, pour intervenir, le moment du faux travail, mais l'hémorragie intrakystique qui l'accompagne rend l'intervention plus difficile. Cependant, bien que quelques auteurs craignent la mort du fœtus au moment de ce faux travail, le chirurgien anglais opérant à ce moment a pu sauver cinq femmes et trois enfants et il en a été de même dans les cas de Potocki, de Boquel, de Grimsdale. Il est un point sur lequel il est permis d'insister : à quoi doit-on attribuer la grande mortalité maternelle constatée lorsqu'on fait une opération chirurgicale quelconque, laparatomie surtout, chez une femme enceinte avec enfant vivant ?

Il semble que l'hémorragie plus considérable due à la dilatation gravidique des vaisseaux peut à elle

seule amener la mort. Il est certain aussi que l'état particulier de la femme enceinte rend l'infection plus facile.

Quant à la deuxième question : Quel est le procédé opératoire à employer ? il a donné naissance à de nombreuses discussions d'ordre technique.

L'élytrotomie, ou intervention vaginale, a été abandonnée par les chirurgiens, malgré le récent plaidoyer de Dührssen. Ils se sont ralliés à la formule de Picqué : « L'élytrotomie est une opération que condamnent à la fois les statistiques et le bon sens », et c'est par laparotomie qu'on aborde la poche gravidique. Quand le ventre a été ouvert on ouvre le sac fœtal par ponction au bistouri et on agrandit l'ouverture en ayant soin, tant pour la ponction que pour l'ouverture plus large, d'éviter les gros vaisseaux qui pourraient amener une hémorragie gênante et dangereuse. On extrait rapidement le fœtus et on sectionne le cordon entre deux pinces.

Reste à s'occuper du placenta et de la paroi du sac. Deux méthodes sont en présence ; l'ablation large et complète avec les suites simplifiées d'une banale laparotomie ; la méthode conservatrice qui consiste à laisser en place le placenta et à marsupialiser la poche.

Il est évident que la méthode d'ablation totale n'est pas sans dangers. Le premier et le plus important c'est l'hémorragie due au décollement et à l'extraction du placenta. Elle est toujours importante et quelquefois formidable. Bien que le chirurgien averti

s'y attende et ne se laisse pas impressionner, son habileté et sa rapidité opératoire peuvent être dépassées et la malade peut succomber. De même les adhérences du kyste fœtal aux viscères et à la paroi abdominale peuvent être telles que l'intervention soit des plus délicates et même impossible. C'est pourquoi les premiers chirurgiens qui se sont occupés de la question, et quelques-uns encore aujourd'hui, sont partisans de la marsupialisation. C'est l'opinion de Maygrier, de Werth, à laquelle se rallient Segond et J.-L. Faure.

Cependant les suites de cette opération ne sont pas toujours aussi bonnes qu'on veut bien le dire. La longueur des suites opératoires, les pansements répétés, les menaces d'éventration ont déjà de sérieux inconvénients ; plus encore les hémorragies secondaires et les dégénérescences malignes.

Mais la complication la plus grave c'est bien certainement l'infection de la poche et la septicémie. Bien des malades y ont succombé et quelques autres n'ont dû leur salut qu'à une intervention secondaire. (Barozzi). C'est pourquoi la tendance actuelle est bien plutôt d'avoir recours à la laparotomie avec ablation radicale toutes les fois que les adhérences le permettent. Pour l'hémorragie différents procédés opératoires ont été conseillés qui ont pour but de la diminuer : Werder emploie la compression de l'aorte ; Potocki l'hémostase préventive par compression des principaux troncs utéro-ovariens : utéro-ovariennes

dans le ligament utéro-ovarien, anastomose de l'utérine au niveau de la corne antérieure.

En somme la mortalité ne nous paraît pas supérieure à celle de la méthode de marsupialisation et on peut conclure que l'extirpation est la méthode de choix, celle à laquelle on doit avoir recours toutes les fois qu'on le peut. Seules des adhérences trop solides, l'état général mauvais de la malade peuvent y faire renoncer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M^{me} R..., trente-sept ans, VI-pare.

Entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 2 août 1916 pour violentes douleurs abdominales.

Antécédents. — Jamais de maladie grave.

Règlée à quatorze ans; régulièrement; durée et quantité normales.

Mariée à dix-neuf ans. Deux grossesses normales en 1900 et 1904. Accouchements à terme; suites de couches normales. Enfants élevés au sein, vivants et bien portants.

Il y a six et quatre ans environ fausses-couches, l'une de quatre mois, l'autre de trois mois et demi, sans cause apparente (Aucun stigmate de syphilis),

Rétentions placentaires; curettages digitaux. Fièvre pendant plusieurs jours; état général grave. La malade se remet peu à peu tout en continuant à perdre pendant trois mois.

Il y a dix-huit mois fausse-couche d'un mois et demi sans suites graves.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 13 au 17 décembre 1915. Dès le début de la grossesse nausées et vomissements.

Février 1916. — Crise douloureuse analogue à la crise actuelle.

Coliques douloureuses, paroxystiques, siégeant surtout dans la fosse iliaque gauche. Ventre douloureux à la palpation. Les douleurs remontent jusqu'à l'épaule et empêchent tout mouvement, gênant même les mouvements respiratoires.

Constipation, vomissements plus fréquents.

Urines normales, pas d'albumine.

Perte de sang rouge, abondante, durant huit jours.

A ce moment les phénomènes douloureux s'atténuent et au bout d'une quinzaine de jours la malade peut reprendre ses occupations.

Depuis ce moment la malade ressent souvent dans le bas-ventre des sensations de pesanteur douloureuse l'obligeant à garder le lit deux à trois jours.

Peu d'appétit, vomissements fréquents.

26 juillet 1916. — Le matin au réveil douleur subite et extrêmement vive dans la fosse iliaque gauche. La douleur s'irradie jusqu'à l'épaule, sans retentissement en arrière dans la région lombaire.

Vomissements bilieux. Anurie pendant vingt-quatre heures.

Etat général assez bon. Pouls et température aux environs de la normale.

Les phénomènes s'amendent un peu, mais :

1^{er} août. — Nouvelle crise douloureuse. Anurie pendant quarante-huit heures. Augmentation de la douleur abdominale. Défense de la paroi. Vomissements bilieux incessants.

A l'entrée à l'hôpital, le 2 août. — Température 38 degrés. Pouls excellent, 90 à 96.

Langue sèche. Ventre ballonné, sans grande défense.

Douleur vive à gauche, surtout en haut, sous les fausses côtes,

Anurie depuis deux jours à laquelle succède une très faible émission d'urines foncées.

Le soir. — Après application de glace, lavements laudanisés, la défense persiste à gauche, la température reste élevée mais les douleurs sont moins vives. Le palper est cependant très difficile parce que très douloureux.

On arrive cependant à sentir nettement une tête fœtale dans la fosse iliaque droite.

Présentation. — AGID.

Auscultation. — Médiane. Bruits du cœur normaux.

3 août. — La nuit a été mauvaise ; l'état général est plus grave, tous les phénomènes se sont accentués.

Douleurs vives dans tout le ventre. Défense généralisée.

A gauche, sous les fausses côtes palpation plus douloureuse. Pas de points lombaires, pas de points scapulaires.

Température 38°5. Pouls 120. Langue rôtie. Facies péritonéal.

Intervention. — Dr Vignard. Laparatomie médiane.

A l'ouverture du péritoine abondant épanchement sanguin. Enfant vivant.

Hystérectomie sub-totale.

Grossesse développée primitivement dans la trompe droite.

Nombreuses adhérences anciennes à tous les organes du petit bassin et à l'intestin, faisant supposer une rupture de la trompe à la première crise douloureuse (2° mois de la grossesse).

Aucune rupture à ce moment du côté de l'œuf qui a conti-

nué à se développer entre les deux feuillets du ligament large.

Opération très laborieuse.

Placenta inséré sur la face antérieure de l'œuf. Développement normal. N'a pas été pesé ; a été conservé avec la pièce.

Drainage péritonéal. Guérison par première intention.

Examen de l'enfant.— Sexe féminin. Poids 2.070 grammes.

Etat physique peu satisfaisant. Enfant né en état de mort apparente, forme asphyxique. Ramené un quart d'heure après par flagellations, frictions alcoolisées, bains chauds sinapisés alternant avec bains froids. Aspiration des mucosités et respiration artificielle au tube laryngien (Insufflateur de Ribemont-Dessaigues).

Cri plaintif. Téguments violacés.

Diamètres de la tête

OF.....	108	millimètres
OM.....	114	—
Sus OM.....	114	—
Sous OF.....	100	—
Sous OB.....	90	—
Bi. P.....	86	—
Bi T.....	76	—
SM B.....	100	—

Circonférences

Sous OF.....	290	—
Sous OB.....	280	—
Sous MB.....	290	—

Malformations. — Aplatissement notable de la moitié droite de la tête. Dépression assez accentuée région cervicale même côté. Tête peu ossifiée ; pas de chevauchement des os du crâne.

Pied gauche déjeté en dehors ; forme atténuée pied bot valgus.

Main droite en flexion au niveau de l'articulation radio-carpienne ; les doigts semblent plus longs que ceux de la main gauche ; ils sont en crochet au niveau de la phalange avec difficulté d'extension.

Développement de l'enfant. — Dans les quatre premiers jours qui suivent la naissance l'état général est peu satisfaisant : cri plaintif, téguments violacés, regurgitations glaireuses sanguinolentes ; les selles sont abondantes, deux à trois par jour, noirâtes, fétides, sanguinolentes.

Ictère bénin qui disparaît le dixième jour. Les selles sont, à ce moment, assez bien digérées, toujours un peu fétides.

L'enfant crie peu, est long à boire, diminue presque quotidiennement car il absorbe des quantités de lait absolument insuffisantes.

Le seizième jour l'état de santé de la mère le permettant on commence l'allaitement maternel. L'enfant boit davantage. Son état général s'améliore.

La mère sort le 22 août 1916 parfaitement guérie.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le professeur Bar)

M^{me} B..., vingt-cinq ans, III-pare.

Entre à la clinique Tarnier le 9 juin 1916 pour violentes douleurs abdominales avec pertes sanguines abondantes.

Antécédents. — Première grossesse à terme 1909. Albumine. Deuxième grossesse 1910. Avortement de deux mois.

Grossesse actuelle. — Dernières règles 20 décembre.

Apparition des mouvements actifs : février.

Parois : Tension exagérée.

Bassin : Normal. Auscultation : nulle.

30 juin. — Malade entrée la veille. Pâle. Très fatiguée. Température 38°6. Pouls 110.

Examen obstétrical. — Utérus quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Palper douloureux ; difficile à cause de la tension de l'abdomen. On sent une tête fœtale au niveau de l'ombilic, des petits membres au-dessus du pubis. Palpation très douloureuse au niveau des annexes des deux côtés.

A gauche résistance de la paroi donnant l'impression d'un empâtement profond. En palpant profondément sensation de crépitation. A droite il existe également une résistance, mais moins prononcée qu'à gauche. Palpation du reste de l'utérus pas très douloureuse. Les bruits du cœur ne sont pas perçus ; le col est complètement fermé, l'excavation est vide..

La malade souffre dans le bas-ventre depuis le début de sa grossesse.

En janvier l'état aurait été assez grave, syncopes fréquentes. Le médecin consulté aurait diagnostiqué une grossesse de trois mois.

On pense qu'il s'agit d'un décollement placentaire.

Tension artérielle : 10-16. Urines : albumine.

10 heures. — M. Brindeau intervient par laparotomie. Anesthésie régionale.

On se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine près du terme et rompue.

Femme très pusillanime et très sensible, sans doute à cause de la réaction péritonéale. Chloroformisation. Aussitôt le péritoine incisé on s'aperçoit qu'il contient un liquide rosé, légèrement fétide ; à la partie inférieure le péritoine est teinté de méconium. La main introduite dans le ventre fait le tour complet de la tumeur sauf à droite où elle est adhérente aux viscères voisins et à la fosse iliaque. On résèque une lame d'épiploon et on sépare aux ciseaux les adhérences qui sont intimes avec le côlon descendant et le cæcum. On peut alors extérioriser la tumeur qui est rompue à sa partie inférieure et à droite. A travers la fente on aperçoit la peau du fœtus macéré.

Extirpations sans succès, on essaye de trouver le pédicule du kyste fœtal ; on va alors à la recherche de l'utérus dans la fosse iliaque gauche.

Ablation de l'utérus en allant de gauche à droite.

Réséction de la plus grande partie de la poche, on en laisse un petit lambeau trop adhérent à la fosse iliaque droite ; ce petit lambeau est situé à la partie inférieure de la plaie. Une mèche dans la poche qui a été marsupialisée ; on draine la grande cavité péritonéale.

Température : 41 degrés.

1^{er} juillet. — Malade a bien supporté l'intervention. Fistule urétérale qui laisse écouler l'urine en grande abondance. Les urines émises par l'autre rein sont claires, abondantes, pas d'albumine.

12 juillet. — La fistule urétérale est complètement tarie, mais dans la nuit du 11 au 12, la malade est prise de vomis-

sements, d'abord alimentaires, puis dans la journée fécaloïdes. Pouls presque incomptable, facies péritonéal.

Examen. — Ventre souple, non ballonné. La malade souffre par crises. Au moment de ces douleurs on constate au-dessus de l'ombilic des mouvements péristaltiques qui cessent dans la fosse iliaque gauche.

M. Brindeau pratique un anus artificiel sous-anesthésie locale.

14 juillet. — État général mauvais. Facies cyanosé, extrémités froides. Huile camphrée. Mort.

OBSERVATION III

(Service de M. le professeur Bar)

M^{me} L..., trente-neuf ans, I-pare.

Entre à la clinique Tarnier le 5 juillet 1915.

Antécédents. — Réglée à onze ans, régulièrement. Règles indolores, peu abondantes, durant cinq à six jours.

Dans la jeunesse, déviation de la colonne vertébrale, soignée pendant huit mois par l'immobilisation dans un appareil. Constipation opiniâtre.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 8 au 13 novembre 1914. Mouvements actifs : six mois.

Entrée dans le service à sept mois.

Complications : Nausées. Pertes de sang en janvier et février.

5 juillet. — Entre à la clinique.

En décembre les nausées, malaises, retards de règles lui font penser qu'elle est enceinte.

En janvier 1915, pertes rosées pendant quelques jours.

3 janvier. — Crise douloureuse dans le bas-ventre qui dure deux jours. Se lève le troisième jour ; pas d'écoulement vaginal.

14 février. — Deuxième crise douloureuse beaucoup plus forte que la première. Un médecin consulté pense à une hématoçèle.

Depuis cette date le ventre continue à grossir comme dans une grossesse normale,

Constipation opiniâtre tout le temps de la grossesse, pas de troubles de la vessie.

Pas de pertes depuis janvier.

1^{er} juillet. — Nouvelle crise se continuant à l'entrée.

Examen. — Taille moyenne, assez robuste.

Accuse une douleur vive dans le bas-ventre. Etat général bon. Pouls régulier, bien frappé : 100. Température : 37°4. Langue saburrale.

Poumons et cœur normaux.

L'abdomen est rempli par une grosse tumeur ayant la forme et la consistance d'un utérus gravide.

Elle remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et est développée surtout à gauche.

La palpation ne permet pas de reconnaître les parties fœtales ; tumeur peu mobile, peu douloureuse à la palpation. A gauche on croit sentir un ligament rond remontant vers le bord gauche de la tumeur.

Auscultation : pas de battements du cœur fœtal, souffle placentaire à gauche.

Au toucher on trouve une grosse masse très dure, dépri-

mant le Douglas, remplissant tout le vagin et reposant sur le périnée.

Le doigt peut pénétrer en avant de la tumeur, derrière la symphyse, mais on ne peut atteindre le col utérin.

6 juillet. — M. Bar examine la malade, il pense que la masse est formée par un siège ayant sa crête sacrée à gauche. Sous anesthésie on pénètre derrière la symphyse et on trouve un col effacé, entr'ouvert, à plus de 10 centimètres au-dessus du pubis.

M. Bar pense qu'il pourrait s'agir d'une grossesse ectopique.

7 juillet. — Même état. La malade souffre beaucoup, mais on ne perçoit pas de contractions utérines.

8 juillet. — M. Bar qui examine la malade peut reconnaître l'utérus collé au-devant et à droite de la tumeur.

10 juillet 1915. — Intervention (M. Bar). Laparotomie médiane. On arrive sur une poche liquide adjacente au côté gauche de l'utérus. On essaye d'extérioriser, mais la poche se déchire en arrière. On extrait le placenta et le fœtus facilement et sans hémorragie. Placenta recouvert d'une couche de fibrine. On essaye de décoller l'intestin, mais le plan de clivage se fait entre la musculuse et la muqueuse. Suture de l'intestin sur 2 centimètres environ.

Hystérectomie, résection de la partie supérieure de la poche extra-utérine, marsupialisation.

Colpotomie par laquelle on attire un fragment de gaze du tamponnement.

Drain dans la partie supérieure de la plaie, contre l'intestin suturé. Opération sans incidents.

Enfant mort macéré. Poids 1.280.

OBSERVATION IV

(Lemercier, thèse de Paris.)

M^{me} R..., trente-six ans. 1-pare.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Réglée à quinze ans. Règles régulières, abondance normale, cinq à six jours.

Symptômes. — Le début de l'affection remonte à dix-sept mois. Dernières règles 3 juin 1897. Le 15 et le 25, douleurs subites dans le côté droit et le 25 premières nausées.

En juillet, douleurs supportables dans le ventre et le côté droit, augmentées par la marche. Vomissements.

En août même symptomatologie; douleurs plus vives.

En septembre très malade dans la nuit du 9 au 10. Perte de connaissance par deux fois à la suite de violentes douleurs dans le ventre et derrière l'épaule droite. Crampes dans les jambes. Efforts de vomissements augmentent les douleurs. Figure très jaune. Amélioration rapide.

Octobre, novembre, décembre et janvier furent excellents. Cependant fin janvier se sentit mouillée, mais très peu, comme par de l'eau épaisse.

En février (neuvième mois), cette perte se reproduit deux à trois fois. A la fin de ce mois: fatigue générale et malaise dans le ventre difficiles à définir.

Abdomen très fort et très dur.

Mars. — Terme pour les premiers jours du mois. Phénomènes de faux travail.

En avril, état général meilleur.

En mai, les phénomènes sympathiques de la grossesse ont complètement disparu.

Jusqu'en août, la malade diminue de jour en jour.

En septembre, retour des règles : normales, trois jours.

Octobre. — Opérée le 27.

Examen

Inspection. — Ventre asymétrique. Tumeur remontant au-dessus de l'ombilic ; plus développée à droite qu'à gauche.

Lisse, régulière, immobilisable, fluctuante et non douloureuse, mate dans toute son étendue.

Toucher. — *Palper.* — Col difficilement accessible, ouvert et ramolli. Situé immédiatement derrière et presque au-dessus du pubis, regardant en bas.

Cul-de-sac gauche libre. Droit et postérieur encombrés par tumeur rénitente non douloureuse, semblant continuer la tumeur abdominale.

On sent petits corps étrangers (l'opération montre que ce sont les pieds du fœtus). La palpation avait fait soupçonner à gauche, près de la ligne médiane et en haut, une tumeur incluse dans le grand kyste et aussi immobile que lui ; c'était la tête.

Par la palpation combinée au toucher on sentait à gauche : près de la ligne médiane, en avant et immédiatement au-dessus du pubis, une autre masse, plus dure et dont les mouvements étaient transmis au col. L'hystérométrie démontre que c'était l'utérus.

Seins augmentés de volume ; suintement de colostrum.

Aspect général médiocre ; amaigrissement, manque d'appétit, mauvaises digestions.

Diagnostic. — Discuté entre fibrome et grossesse extra-utérine intra-ligamentaire. Contre le fibrome il y avait le manque de dureté de la tumeur et la démarcation de cette tumeur et de l'utérus. On songea à un kyste intra-ligamentaire, mais les signes certains de la grossesse faisaient abandonner cette hypothèse.

On s'arrête au diagnostic de kyste foetal inclus dans le ligament large.

27 octobre. — *Opération.* — Laparotomie.

Tumeur coiffée du côlon et d'un paquet d'intestin grêle. Aspect d'un kyste simple, fluctuant, rouge sombre. Rupture des adhérences, fixation à la paroi. Ouverture du sac d'où sort un liquide brun, sans odeur. On reconnaît ensuite un fœtus : tête en haut, dos en arrière et à droite, pieds en bas. On l'extirpe sans difficultés.

Marsupialisation du sac. Placenta laissé en place.

Fœtus. — Bien constitué, sexe masculin, poids 2.980 gr.

Peau normale, pas aplatie.

Diamètres de la tête normaux. Circonférences normales.

Tête recouverte de cheveux normaux ; oreilles aplaties, bouche et yeux normaux.

Ongles bien formés.

Os du crâne non soudés, fontanelles normales ; méninges adhérentes entre elles.

Suites opérations normales.

Le placenta se ratatine, chaque jour on recueille des débris.

Guérison en six semaines environ.

OBSERVATION V (Breisky)

Femme de trente ans, II-pare.

Première grossesse il y a six ans ; accidents de péritonite.

Dernières règles fin février 1889.

Avril. — Douleurs abdominales à droite.

Mai. — Mêmes douleurs. On reconnaît une tumeur qu dépasse le pubis et devient fluctuante fin mai.

Apparition des mouvements actifs en juillet.

Diagnostic de grossesse tubaire.

La tumeur remonte à l'ombilic ; on reconnaît un utérus en antéverson. Tumeur à droite : on sent les petites parties et on entend les bruits du cœur du fœtus.

29 octobre. — *Opération.* — Suture du sac aux parois : extraction d'un fœtus vivant, pesant 2.470 grammes. En état d'asphyxie, ranimé. On enlève le kyste fœtal malgré de nombreuses adhérences à l'intestin et à l'épiploon.

Enfant mort à trois semaines. Mère guérie.

OBSERVATION VI

(Vignard, in *Archives provinciales de Chirurgie.*)

M^{me} R..., vingt-neuf ans, III-pare.

Mariée à dix-sept ans. Une première grossesse à terme, normale. Une deuxième, accouchement laborieux : métrite un mois après. Depuis, douleurs abdominales surtout au moment des règles qui durent six à huit jours.

Dernières règles, 19 juin 1892. Irritation vésicale.

En août, pertes rouges peu abondantes et non doulou-

reuses, se répètent en septembre, accompagnées de douleurs vives.

Malade s'alite, car on pense à une insertion vicieuse du placenta, et reste au lit jusqu'à la fin mars 1893. Aussitôt qu'elle essaye de se lever, douleurs vives, surtout à droite, calmées par le repos au lit. Pendant toute cette période (octobre 1892, avril 1893), le ventre se développe normalement ; sensible à la pression.

Deux ou trois légères pertes de sang ; nausées et vomissements incessants,

Mouvements actifs perçus à époque normale ; battements du cœur aussi.

A partir du 29 mars, cessation des mouvements fœtaux. Les douleurs s'atténuent puis disparaissent, la marche redevient possible ; le ventre semble diminuer de volume.

6 avril. — Douleurs violentes durant deux heures et demie ; faux travail.

Au commencement de mai hémorragie utérine de dix jours avec petits fragments de membranes. A ce moment douleurs abdominales extrêmement vives ; les vomissements redoublent. Pouls 115, peau chaude. Phénomènes de péritonite.

En juin, la malade va mieux. On décide une intervention.

16 juin. — *Examen.* — Aspect général satisfaisant. Pas de fièvre, ventre volumineux comme dans une grossesse à terme mais moins régulier : plus développé à droite. Pas de circulation supplémentaire ; pas d'œdème des jambes.

Au palper masse dure occupant tout le ventre, remontant jusqu'aux fausses côtes à droite ; l'hypocondre gauche est libre. Consistance ferme mais pas égale partout.

Au-dessous des fausses côtes, à droite, on sent une masse dure ressemblant à une tête fœtale.

Matité. Examen réservé à cause de l'hyperesthésie de la paroi.

Au toucher, col haut mais en arrière et à gauche. Mobilité propre peu étendue ; mouvements imprimés à la tumeur faiblement transmis. Un peu mou, non entr'ouvert.

Cul-de-sac postérieur à peu près libre ; gauche tout à fait ; droit et antérieur occupés par la tumeur.

Diagnostic de grossesse extra-utérine.

Crise douloureuse avec pertes sanguines du 20 au 22 juin.

29 juin. — *Intervention.* — Laparotomie médiane. Tumeur séparée, avec beaucoup de peine, de la paroi à laquelle elle est intimement adhérente. Tumeur lisse, gris rosé, consistance d'un kyste très tendu.

Incision de la paroi du kyste : fœtus dos en avant, extrait par les pieds qui sont situés en arrière et à gauche. Tête en haut et à droite assez difficile à sortir à cause d'une adhérence à la poche au niveau de l'arcade sourcilière droite. Cordon implanté à la partie postéro-inférieure de la poche ; se déchire sans hémorragie. On ne cherche pas à extraire le placenta mal délimité : liquide amniotique noirâtre, odeur légèrement fétide.

Poche trilobée : loge sous-hépatique contenant la tête, une autre répondant au flanc gauche, la troisième à la région hypogastrique et utérine.

Face interne rosée, luisante, non saignante ; face externe extrêmement adhérente à la paroi et en haut à l'épiploon ; paroi kystique épaissée d'un $1/2$ centimètre, fibreuse.

On trouve l'utérus en bas, masqué par cette paroi épaisse.

En arrière les intestins sont nettement reconnus à travers une paroi membraneuse peu épaisse.

A causes des adhérences nombreuses on renonce à l'extirpation et on fixe la poche à la paroi abdominale.

Drainage à l'aide de trois mèches de gaze iodoformée.

Suites normales ; pansements rares à la gaze iodoformée.

La malade part le 19 août avec une cavité fistulaire de 3 à 4 centimètres cubes.

22 septembre. — Cicatrisation complète.

Examen du fœtus. — A terme, sexe masculin, longueur 47 centimètres.

OBSERVATION VII

(Pan. — *American Journal of obstetrics* 1893.)

L'auteur parle d'une grossesse ectopique de neuf mois.

Laparotomie ; le sac et le placenta furent enlevés sans hémorragie ; un seul vaisseau a lié. Mère et enfant vivants.

OBSERVATION VIII

(Rein. — Observation résumée dans :

Gazette de Gynécologie, 1892.)

Petite bourgeoise, trente-cinq ans. V-pare. Pas d'accident puerpéraux. Au deuxième mois de la grossesse actuelle hémorragie et collapsus ; reste malade un mois et demi. Même chose au neuvième mois, se décide à entrer à l'hôpital.

E. Traverson

Ventre développé comme dans une grossesse à terme, aplati à droite ; asymétrie comme dans un kyste intra-ligamentaire.

Palper fait reconnaître un fœtus en position oblique ; mouvements vifs ; pouls 150 ; souffle placentaire à gauche.

Kyste fœtal peu mobile ; en avant de lui et remontant jusqu'à l'ombilic se trouve l'utérus. L'hystéromètre y pénètre à 17 cm. 1/2 et se dirige à gauche. Le col est ouvert et le doigt pénètre facilement à travers l'orifice interne.

Grossesse tubaire transformée le deuxième mois en intra-ligamentaire. Fœtus vivant.

14 février 1890. — *Laparotomie*. — L'incision tomba juste sur l'insertion placentaire mais, l'hémorragie fut minime parce qu'on comprima à la main les bords de la section ; ligature des vaisseaux les plus volumineux. Enfant vivant.

Le placenta et le sac fœtal en entier furent énucléés comme si l'on avait affaire à un kyste intra-ligamentaire.

Manœuvre difficile à cause des adhérences au méso de l'S iliaque, à l'épiploon, à l'utérus.

Drainage. Guérison.

Enfant 3.200 grammes. Longueur 49 centimètres, fort et bien portant comme un enfant à terme. Légère asymétrie de la tête.

OBSERVATION IX

(Villar. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1894.)

M^{me} X..., trente-huitans, III-pare.

Réglée à dix ans ; se marie à dix-sept. Grossesse normale

presque aussitôt, quatre ans plus tard histoire compliquée d'une fausse couche de deux mois 1/2 accompagnée d'état syncopal, de violentes douleurs, de pertes abondantes. On diagnostique une hémorragie interne et la malade garde le lit pendant six mois. Puis tout rentra dans l'ordre jusqu'en novembre 1892.

A cette époque ses règles cessent ; par contre, à chaque période menstruelle, elle a été prise de crises d'estomac, de crampes, de vomissements, de syncopes, ensemble symptomatique rappelant l'éclosion d'une hématocele péritonéale.

Ces accidents survenaient à date fixe vers le 21 de chaque mois. La crise terminée la malade se retrouvait très bien. Des médecins consultés en janvier et en mars font le diagnostic de grossesse.

En mai la crise est très douloureuse, faux travail.

En août la malade ne sent plus remuer l'enfant. Depuis plus de crise, mais le ventre augmentait de volume.

Octobre. — Voyant que la malade n'accouchait pas on cherche, sans résultat, à provoquer l'accouchement par des dilatations.

La malade consulte le Dr Villar en novembre :

Ventre saillant, surtout à gauche. On sent une tumeur arrondie occupant le petit bassin et remontant au-dessus de l'ombilic. Consistance dure et uniforme. Matité absolue. Col dilacéré et entr'ouvert.

Mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquant pas au col. Dans le cul-de-sac postérieur, partie dure qui semble distincte de l'utérus.

Hystérométrie : 12 centimètres.

Pas de bruits du cœur.

An toucher rectal on sent des parties dures qui donnent la sensation des os du crâne.

Constipation ; pas de troubles urinaires.

Diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort depuis quelque temps.

13 novembre. — Laparotomie. — La tumeur est ponctionnée et laisse sourdre quelques gouttes de liquide noirâtre.

Adhérences intimes à l'intestin grêle et au gros intestin, surtout au côlon transverse.

Incision de la poche : fœtus directement accolé à la paroi, dos en avant, tête en bas.

Poche sans connexions avec l'utérus, fermée de toutes parts.

En avant, derrière la symphyse, on reconnaît l'utérus.

Fixation de la poche, marsupialisation.

Suites normales. Règles réapparues le 6 janvier.

Sortie fin janvier après guérison complète.

Examen du fœtus. — Macéré. Sexe masculin, bien développé. Présentation céphalique gauche. Flexions accentuées : la tête a presque défoncé la partie antérieure du thorax. Poids 2 kgr. 500. Sillon profond sur le crâne dû à ce que la tête était insérée dans un diverticule du sac. Placenta atrophié et grisâtre.

La moitié droite de la tête est plus développée que la moitié gauche. Chevauchement des os du crâne. Pariétal gauche très déformé. Gouttière sur le frontal. Orbites asymétriques.

Examen de la poche. — Epaisseur 15 millimètres. En voie de calcification.

OBSERVATION X.

(Lebec. — *Bulletin Soc. de Chirurgie de Paris*, 1891).

Femme de trente-cinq ans. Il y a treize ans, accouchement à terme. Trois ans après hématoçèle. Depuis règles douloureuses.

20 septembre 1887. — Dernières règles. A partir du 15 octobre, vomissements et douleurs dans le ventre.

15 février. — Envoyée pour hématoçèle. Ventre développé comme dans une grossesse de cinq mois. Tumeur dure plus développée à droite qu'à gauche, remontant au-dessus de l'ombilic. Dure à droite, fluctuante à gauche ; de ce côté à l'auscultation. souffle utéro-placentaire.

Pas de battements du cœur fœtal.

Le reste du ventre est souple, non douloureux.

Col très élevé, collé contre la branche droite du pubis, entr'ouvert, mou, violacé.

Hystérométrie : 14 centimètres. Utérus, latéro-version droite. Cul-de-sac postérieur occupé par la tumeur qui y est fluctuante, pas de battements.

Seins gonflés de lait.

Constipation ; gêne mécanique de la miction. Pas de fièvre.

25 février. — Coliques douloureuses, écoulement sanguin.

Vers le 20 mars coliques intenses, vomissements incohercibles, affaiblissement rapide. Lipothymie.

22 mars. — *Laparotomie*. — Utérus à droite, large de 7 à 8 centimètres dépassant le pubis de trois travers de doigts. Ligament latéral gauche soulevé par le kyste fœtal qui aurait été rompu antérieurement à en juger par la présence de

caillots sanguins libres dans le péritoine. Du ligament large gauche auquel elle adhère, la tumeur passe en arrière de l'utérus et du ligament droit sans adhérer à l'un ni à l'autre, et remonte vers l'ombilic.

Surface régulière, lisse, violacée, fermée par le placenta qui l'enveloppe complètement.

Hémorragie; compression en masse. On traverse le placenta pour extraire le fœtus. Compression. La plaie largement saupoudrée d'iodoforme est maintenue ouverte.

Mort deux heures après; l'enfant vécut vingt heures.

L'autopsie montra que le placenta était inséré sur la face antérieure et le sommet de la poche, formant une zone vasculaire qu'on avait traversée en son milieu.

OBSERVATION XI

(Spaeth. — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1890.)

Femme B..., trente-quatre ans. Mariée depuis cinq ans. Règles régulières; pas de fausses couches. Il y a six ans, accouchement normal d'un enfant à terme.

Dernières règles, 25 au 30 octobre 1886.

25 décembre. — Coliques vives. Du 1^{er} au 5 janvier, pertes sanguines abondantes, s'arrêtant seules.

En avril, mouvements fœtaux. Jusqu'au 22 mai, bon état de santé.

Ce jour-là douleurs très vives à gauche. Température 38°5.

En juin, douleurs de plus en plus vives à gauche, entrée à la clinique. Seins gonflés. Pouls 116. Abdomen ballonné. Mouvement fœtaux perceptibles. Tête en bas.

Orifice du col en haut, en arrière et à gauche. Côté droit du bassin rempli par une tumeur saillant dans le Douglas.

Placenta non perceptible. Orifice du col entr'ouvert. Utérus à droite, mesurant 13 centimètres.

Mauvais état général. S'aggrave pendant les quelques jours d'observation ; le pouls devient de plus en plus mauvais.

Grossesse intra-ligamentaire avec septicémie.

26 juin. — Laparotomie. Sac fœtal peu adhérent. Fausses membranes. Liquide amniotique fétide. Fœtus de 44 centimètres pesant 2.100 grammes, placé transversalement ; extrait facilement.

Le cordon s'engage en arrière dans un sac fœtal du volume d'une tête de fœtus remplissant la fosse iliaque et accolé à l'utérus. Se prolonge très bas en arrière du côté du coccyx.

Tamponnement, suture pariétale.

L'enfant présente une paralysie faciale, une dépression de l'os iliaque et des pieds varus équins. Meurt vingt-quatre heures après.

La mère meurt de septicémie le 27 juin.

OBSERVATION XII

(Taotmann. — *The American Journ. of. obst.* 1888).

M^{me} C..., trente-neuf ans. Enfant vivant il y a dix-neuf ans. Violentes douleurs depuis la cessation des règles, à Noël.

Tumeur au-dessus du pubis remontant jusqu'au foie.

Utérus normal entre la tumeur et la symphyse.

Pas de bruits du cœur.

Grossesse tubaire, développement intra-ligamentaire.

Hémorragie. Ablation totale du sac.

Enfant normal, vivant et bien portant.

OBSERVATION XIII

(Mate, *British medical Journ.*, 1898.)

Femme, trente ans. VI-pare, en travail depuis une semaine.

A l'examen, utérus mou, orifice dilaté pouvant admettre trois doigts et vide. Au palper on reconnaît dans le ventre un fœtus transversal. Laparotomie. Fœtus vivant; ne survit pas. Mère morte d'hémorragie le quatrième jour.

OBSERVATION XIV

(Lawson Tait. *The obstetrical Journ. of. Great Britain and Ireland* 1880)

Femme trente-trois ans. VII-pare. Crises douloureuses depuis la cessation des règles : de mai 1879 à janvier 1880.

Utérus gros comme le poing à gauche, fixé à masse plus volumineuse située en arrière.

Souffle placentaire; bruits du cœur fœtal.

Laparotomie. Grossesse intra-ligamentaire, enfant vivant. Marsupialisation de la poche. Mort de la mère au quatrième jour par shock.

CONCLUSIONS

1° La grossesse extra-utérine, dans la plupart des cas, est interrompue avant le cinquième mois ;

2° Quand elle arrive à ce point les accidents deviennent rares et la grossesse a des chances d'arriver jusqu'au terme ;

3° Les cas sont rares où l'enfant est vivant et plus rares encore ceux où il ne meurt pas prématurément ;

4° Presque tous ces enfants présentent des malformations ;

5° L'intervention doit être tardive de façon à assurer à l'enfant le maximum des chances de viabilité ;

6° L'opération de choix, sauf le cas où des difficultés opératoires y font obstacle, est la laparotomie avec extirpation complète du sac.

Vu : le Président de la thèse :

P. BAR

Vu : pour le Doyen
l'Assesseur

POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L'Inspecteur d'Académie

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ADIAROF. — Wiener klin. Wochensch., 1907.
- AGUINET. — Thèse de Paris, 1903.
- ALBERTIN et DESGOUTTES. — Grossesse tubaire (Lyon chirurgical, 1908-1909).
- Grossesse tubaire. Formes anatomiques et traitement (Lyon chirurgical, 1909).
- ARTHMANN. — Zeitschrift für Gyn., 1894. Bd. 29.
- BACULESCU. — Etude statistique sur la gr. extra-utérine (Revue de Chirurgie. Paris, 1912, t. XLV, p. 946).
- BALFOUR MARSHALL. — Glasgow (Obst. and Gyn. Soc., mars 1914).
- BAR. — Société d'Obstétrique de Paris, juin 1910.
- BAR-BRINDEAU-CHAMBRELENT. — Pratique de l'art des accouchements.
- BAR et MERCIER. — Bulletin Soc. d'Obst. de Paris, février 1898.
- BAROZZI. — La Gynécologie, 1906.
- BARRIO. — Thèse de Paris, 1909.
- BAZALGETTE. — Thèse de Paris, 1905.
- BINEAU. — Thèse de Bordeaux, 1892.
- BOQUEL. — Gr. extra-utér. opérée au cours du travail. Enfant vivant (Arch. mensuelles d'Obst. et Gyn., 1912).
- BRUEL. — Thèse de Paris, 1915.
- BRUSLON. — Thèse de Paris, 1912.
- CAZEAU. — Thèse de Paris, 1904.
- CESTAU. — Thèse de Paris, 1894.
- Gazette des Hôpitaux, 11 et 18 juillet 1896.
- CHOYAU. — Thèse de Paris, 1897.

- CORNIL. — Sur l'anatomie et l'histologie des gr. tub. (Rev. de Gyn. et de Chirurg. abdom., 1900),
- COUVELAIRE. — Thèse de Paris, 1901.
- DEMONS et FIEUX. — Gr. tub. développée dans un canal accessoire (Annales de Gyn. et d'Obs. Paris, 1902).
- DESCHAMPS. — Thèse de Paris, 1880.
- DOLERIS. — Traitement de la gr. ectopique (Congrès périod. de Gyn., d'Obst. et de Pédiat. Paris, 1900).
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- DURANTE. — De la trompe gravide dans un cas de gr. diverticul. non rompue (La Gynécologie, 1911).
- EDLING. — Sur le diagnostic radiogr. de la gr. extra-ut. (Centralbl. für gyn., 1912).
- FASOLA. — Ann. di obs. (Firenze, 1888).
- FUNCK BRENTANO. — Thèse de Paris, 1898.
- FILHOULAUD. — Thèse de Paris, 1907.
- FOLET. — Ann. de Gyn., 1896.
- FREMONT. — Thèse de Paris, 1900.
- GAUTHIER. — Thèse de Paris, 1893.
- GLÆSNER. — La gr. tubo-interstitielle (Archiv. für Gyn., 1911).
- GOURDET. — Congrès français de chirurgie, 1902.
- GREYFIÉ DE BELLECOMBE. — Thèse de Paris, 1912.
- GINESDALE. — Un cas de gr. ovarienne avec fœtus à terme (The Journ. of Obst. and Gyn. of the British Emp., 1913).
- GUILLAUME. — Thèse de Paris, 1911.
- GUTIERRES. — Revue de Gyn. et Chir. abd., 1904.
- HABAULT. — Thèse de Paris, 1912.
- HARET. — Thèse de Paris, 1901.
- HENAULT. — Journal de Bruxelles, 1912.
- HENNECART. — Thèse de Paris, 1897.
- HEUROTIN et HERZOG. — Revue de Gynécologie, 1899.
- HÖHNE. — Hypoplasie des trompes considérée dans ses rapports avec la gr. extra ut. (Zeitschrift für Geb. u. Gyn., 1908).
- JAYLE. — Revue de Gyn. et de Chirurg. abdominale, 1900.

- JAYLE et DELHERM. — Revue de Gyn. et de Chirurg. abdom.
KELLY et MAC ILROY. — Journ. of Obst. and Gyn. of Brist.
Emp. 1908:
LABADIE-LAGRAVE et LEQUEU. — Traité de chirurgie.
LANE. — Boston méd. Surg journal, 1911.
LAWSON-TAIT. — The Obst. journ. of Great Brit and Ire-
land, 1880.
LEA. — Un cas de gros. ovar. avec inond. péritonéale (Journ.
of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1910).
LECÈNE. — Deux cas rares de gr. ectop. (Annales gyn., 1910).
LE DENTU. — Etude de Clinique chirurgicale, 1892.
LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie.
LEJARS. — Les Fausses couches tubaires (Semaine médicale,
1904) (Bulletin de la Société de Chirurgie, 1904).
LEMERCIER. — Thèse de Paris, 1911.
LEQUEUX. — Quelques cas de gr. interstitielle (Obstétrique,
mai 1911).
LIELL. — Repeated tubal pregnancy (Georgia Practic, 1905).
(Americ. Journ. of Obst. New-York, 1905).
MAROGER. — Thèse de Paris, 1903.
MARTIN. — Die Krankheiten der Eileiter, 1895.
MARTIN. — Thèse de Paris, 1901.
MATE. — British Médic. Journ., 1898.
MAUR. — Thèse de Paris, 1904.
MAYGRIER. — Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
MERCIER. — Thèse de Paris, 1898.
MICHOLOTSCH. — Sur l'étiologie de la gr. extra-ut. (Zeitschrift
für Geb u Gyn., 1903).
NORRIS. — Surgery Gyn. and Obst., 1909.
NORRIS et MITCHELL. — Gr. ovarienne (Surgery Gyn. and
Obst., 1908).
OUTERBRIDGE. — Formation déciduale dans l'épiploon dans
un cas de gr. abdom. secondaire (The american
journ. of obst. and diseases of women and Children,
1912).
OLIVET. — Semaine gyn., 1898.
ORRILLARD. — Thèse de Paris, 1894.

- PAGNY. — Thèse de Paris, 1897.
- PAN. — Améric. journ. of obst., 1893.
- PANCOT et DEBEYRE. — Etude sur les gros ovariennes jeunes
(Ann. de Gyn. et d'Obst., mars 1893).
- PIERSON. — Thèse de Paris, 1913.
- PINARD. — Ann. de Gyn. et d'Obst., 1895.
- PLANCHU. — Réunion Obst. de Lyon, 1911.
- PLOYER. — Thèse de Bordeaux, 1907.
- POTOCKI. — Nouvelle observ. de gr. extrat-ut. ; Laparotomie
au cours du faux travail avec enfant vivant (Arch.
de Gyn., 1908).
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- PRICE. — Amer. Lancet, 1898.
- PRUNET. — Thèse de Montpellier, 1909.
- RALLY. — Thèse de Paris, 1900.
- RÉGNIER. — Traitement des malad. des femmes par l'élec-
tricité, 1896.
- REIN. — Centralblatt für Gynækologie, 1892.
- RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — Traité d'obstétrique.
- RICHTER. — La Gr. abdominale primitive (Arch. für Gyn.,
1912).
- RIECK. — Centralbl. für Gyn., août 1907.
- ROCHET. — Semaine gyn., 1898.
- SCHRENCK. — Sur la gr. ectopique (Küstner, Berisch med.
Arbeiten aus der Universität Franenklunik zur
Dorpat, 1894).
- SCHUCHARDT. — Sur la Gr. tub. intraligamentaire (Virchows
Archivs, 1902).
- SCHULB. — Thèse de Nancy, 1883.
- SEGOND. — Congrès de Marseille .
— Annales de Chirurgie et d'Obstétrique, 1898.
— Traitement de la gr. extra-utérine.
- SELIGMANN. — Deutsche med Woch, 1906.
- SENS. — Thèse de Paris, 1901.
- SITTNER. — Deutsche med. Wochenschr, 1906.
- Société de Chirurgie, 1896.
- TAINTURIER. — Thèse de Paris, 1895.

- TARNIER et BUDIN. — Traité de l'Art des accouchements.
- TAYLOR. — Tuberculose des trompes, facteur étiologique de gr. extra-utérine (Journal of Surgery, 1910).
— Trans. of the Soc. of obs. of London, 1896.
- THÉVENARD. — Thèse de Paris, 1897.
- TOTH. — Beitræge Zur Frage der ektopischen Schwangerschaft (Arch. f. gyn., 1896).
- VAN TUSSENBRÛCK. — Un cas de gr. ovarienne (Annales de Gyn., 1899).
- VIGNARD. — Archives provinciales de Chirurgie, 1894.
- VILLAR. — Archives provinciales de Chirurgie, 1894.
- VINEBERG. — Amer. Journ. of Obst., 1908.
- WALTHARD. — Un jeune œuf humain dans un meso-salpinx de trompe acces. (Zeitschrift für Geb. u. Gyn., 1912).
- WEBSTER. — Ectopic frequency (Edimbourg and London, 1895).
- WERDER. — Amer. Journ. of Obst., 1908.
- WESENBERG. — Centralblatt für Gyn., 1911.
- WODE et WATSON. — Anatom. et Histol. d'une gr. tub. au debut (The Journ. of Obst. and gyn of the Br. Emp., 1908).
- ZOVRISCH. — Monatsch of. geb u. Gyn., 1908.
- ZURHELLE. — Diagnostic radiogr. d'une gr. extra-ut. avancée avec fœtus mort (Centralbl. für. Gyn., 1912).

